

(1^{re} Série.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 218).

CONTRIBUTION
A L'HISTOIRE
DES POLYPES UTÉRINS
A APPARITION INTERMITTENTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Lundi 10 Août 1885, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Anatole GUNTZBURGER, dit KINSBOURG

De Remiremont (Vosges).

NANCY

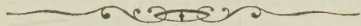
ED. DESTÉ. — IMPRIMERIE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS.

—
1885



CONTRIBUTION
A L'HISTOIRE
DES POLYPES UTÉRINS

A APPARITION INTERMITTENTE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

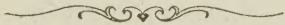
Le Lundi 10 Août 1885, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Anatole GUNTZBURGER, dit KINSBOURG

De Remiremont (Vosges).



NANCY

ED. DESTÉ. — IMPRIMERIE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS.

—
1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, profess.	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profes.	
Clinique obstétricale et accou- chements.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱, E. PARI- SOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patholo- gie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, profess.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, profess.	
Médecine opératoire.....	M. CHRETIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, profess.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, agrégé chargé du cours.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, id.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SPILLMANN.
DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, président ; MM. LALLEMENT, ROUSSEL, E. PARISOT.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont pré-
sentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni
les approuver ni les imputer.*

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON GRAND'PÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR KINSBOURG

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR KATZ

A MES ONCLES ET TANTES

A MON EXCELLENT AMI LE DOCTEUR SCHULL

A mon président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WERTHEIMER

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

AVANT-PROPOS

Au mois de janvier dernier, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service chirurgical de M. le professeur Gross, un cas de polype fibreux utérin à apparition intermittente. Il nous a paru utile de publier cette observation intéressante, d'étudier le mécanisme de l'intermittence, et d'examiner la conduite que doit tenir le chirurgien en présence de cette variété de polype.

Mais avant d'entrer en matière, nous tenons à adresser nos plus sincères remerciements à M. le professeur Gross, à qui nous devons l'idée de ce travail. Qu'il reçoive l'expression de notre vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études médicales, et pour les bons conseils qu'il nous a donnés.

M. le docteur Sterpenich, de Liège, a bien voulu nous communiquer une observation. Nous le prions d'accepter également l'assurance de notre profonde gratitude.

DIVISION

Notre travail comprend sept chapitres.

Après avoir exposé les observations que nous avons pu recueillir, nous commençons dans un premier chapitre par l'historique de la question. Dans le second chapitre, nous donnons un aperçu général sur les polypes fibreux utérins.

Le troisième et le quatrième chapitres sont consacrés à la symptomatologie des polypes intermittents et au mécanisme de l'intermittence.

Nous étudions dans le cinquième et le sixième chapitres le diagnostic et le pronostic de ces polypes ; enfin nous parlons du traitement dans le septième chapitre que nous faisons suivre des conclusions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Recueillie à la clinique chirurgicale de M. le professeur Gross, par
M. Knœpfler, interne du service.

*Polype utérin à apparition intermittente. — Ablation par
énucléation.*

M^{me} X..., de la Bouzule, âgée de 40 ans, est entrée, le 7 janvier 1885, au service de M. le professeur Gross, auquel elle est adressée par M. le docteur Leclerc de Vic, lit n° 12, salle 6. Antécédents héréditaires et personnels bons ; goître depuis l'âge de 14 ans. M^{me} X... a été réglée pour la première fois à 14 ans ; ses règles ont été toujours normales jusqu'il y a cinq ans. Leucorrhée habituelle depuis un peu plus de temps. A eu un enfant à l'âge de 21 ans ; les couches ont été bonnes.

Il y a cinq ans, sans cause connue, M^{me} X... fut prise de métrorrhagies ; elle perdait du sang, mélangé de caillots, tous les quinze jours à peu près. Ces pertes s'accompagnaient de douleurs hypogastriques et lombaires que la malade compare à celles de l'enfantement.

Ces douleurs persistent moins vives dans l'intervalle des métrorrhagies. Elle consulte un médecin qui prescrit des fortifiants, vin de gentiane, etc., et le repos. La malade continua à travailler faisant simplement des injections d'eau froide ou avec une solution d'alun. Son état ne fut que peu amélioré par ce traitement, et elle continua à perdre beaucoup moins en été

qu'en hiver, dit-elle, ne souffrant plus qu'au moment du flux sanguin.

ÉTAT ACTUEL. — Constitution moyenne, tempérament nerveux, état anémique prononcé. A la palpation superficielle de l'abdomen, on trouve un peu de rénitence à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. La pression à ce niveau est sensible. A la palpation profonde, on sent nettement le fond de l'utérus au dessus de la symphyse pubienne, un peu vers la droite.

Au toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus abaissé, volumineux, ramolli, son orifice entrouvert pouvant recevoir la pulpe du doigt. De tumeur nulle part. Les culs de sac sont libres. Miction normale; constipation habituelle. Rien de particulier à l'examen des autres organes et fonctions.

DIAGNOSTIC. — *Métrorrhagie d'origine ancienne, peut-être symptomatique d'un corps fibreux utérin.*

TRAITEMENT. — Repos au lit. La malade est mise en observation.

12 janvier. La malade dit avoir ses règles. Elle perd du sang. M. Gross pratique immédiatement le toucher, et cet examen lui révèle l'existence d'un polype. Le col est ouvert, et le doigt rencontre, en son centre, un corps dur faisant légèrement saillie. Au speculum, dilatation comme une pièce de 2 francs; au centre une masse dure et rougeâtre.

Injectons d'ergotine (1 gramme).

Le lendemain le col est de nouveau fermé et la tumeur n'est plus sentie

Les injections d'ergotine sont répétées les 20, 22 et 30 sans aucune influence sur l'état des parties.

7 février. M. Gross essaie de dilater le col de l'utérus en y introduisant un petit cône de bois de laminaria, percé d'un canal central.

Le cône en se dilatant a causé de vives douleurs à la malade. Dans la soirée, on est obligé de le retirer. Une métrorrhagie abondante se produit pendant la nuit. Le lendemain matin, injection d'ergotine.

Le 9, les douleurs sont calmées, mais la malade perd toujours. Nouvelle injection d'ergotine.

Le 11, la malade garde toujours le lit (depuis le 8); encore quelques douleurs et un peu d'écoulement sanguin.

Le 12, les douleurs et l'écoulement ont cessé.

Le 18, les règles sont revenues; on pratique le toucher vaginal, et on trouve le col assez bas, de nouveau ouvert comme une pièce de 2 francs, et laissant passer la tumeur intra-utérine. L'utérus est en antéversion, col dirigé en arrière. La malade est encore affaiblie par les dernières hémorrhagies.

Le 19, au toucher on ne trouve plus le polype; le col permet d'introduire l'extrémité du doigt, mais celui-ci est arrêté à son orifice interne.

Le 24, nouvelle métrorrhagie, peu abondante toutefois. Le toucher permettant de nouveau de sentir le polype, on décide de tenter son ablation.

La malade est portée à la salle d'opération. Elle est placée dans la position pelvi-dorsale, les cuisses écartées. On introduit un speculum de Sims dans le vagin. On voit au centre une masse dure rougeâtre. La paroi vaginale postérieure étant fortement déprimée avec le speculum, un aide relève avec le doigt indicateur de la main gauche de bas en haut la paroi antérieure, tandis qu'avec la main droite, placée sur l'hypogastre, il refoule l'utérus vers le vagin.

Il existe un assez fort écoulement sanguin qu'on étanche avec des éponges. A l'aide de la sonde utérine, l'opérateur cherche ensuite à se rendre compte des connexions de la tumeur avec la face interne de l'utérus. Ayant reconnu ainsi que la tumeur pouvait être circonscrite avec la sonde et était, par conséquent, libre dans une grande partie de son étendue, le diagnostic de polype est définitivement posé et, séance tenante, on décide de l'extirper.

Les manœuvres d'exploration ayant été douloureuses, et l'extraction pouvant présenter des difficultés, on chloroforme la malade.

L'anesthésie obtenue, on remet en place le speculum, et le deuxième aide est de nouveau chargé de relever la paroi vaginale supérieure et de refouler l'utérus par en bas en déprimant la région hypogastrique. La tumeur est d'abord saisie avec une pince de Museux et attirée légèrement vers le bas. Le col offrant une grande résistance à la descente du polype est débridé par deux coups de ciseaux à droite et à gauche, M. Gross introduit l'indicateur gauche le long du polype aussi haut que possible dans la cavité utérine.

Le point d'implantation paraissant être directement vers en haut, M. Gross introduit le long du doigt l'extrémité d'une paire de ciseaux courbes de Sims et, celle-ci étant tournée vers le centre de la cavité utérine, il incise la capsule du polype aussi haut que possible. Les ciseaux sont ensuite retirés et l'énucléation de la tumeur se pratique avec facilité et rapidité. Le polype détaché est retiré grâce à la pince qui s'y trouve implantée. L'hémorrhagie est insignifiante. On pratique une injection intra-utérine avec une solution boriquée $\frac{20}{1000}$ tiède. Un tampon de gaze iodoformée est introduit dans le vagin et la malade reportée dans son lit.

Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible. Pas de fièvre. Léger écoulement sanguinolent pendant 4 à 5 jours. Pas le moindre écoulement hémorrhagique, pas de douleur.

Le huitième jour, l'opérée se lève. Le dixième, elle rentre chez elle. Elle a fait savoir depuis que son état était des plus satisfaisants, et que ses forces reviennent de jour en jour.

OBSERVATION II.

Thèse Berneadeaux, 1857, Paris.

Catherine D..., âgée de 40 ans, constitution assez robuste, mère de trois enfants. Opérée il y a cinq ans pour un polype faisant saillie dans le vagin. Depuis cette opération, s'est toujours bien portée; seulement les règles sont plus abondantes, mais toujours régulières. Se plaint depuis deux mois de dou-

leurs ordinairement peu intenses, mais par intervalles devenant plus vives et ressemblant à celles de l'accouchement.

5 août. Au toucher, on trouve le col volumineux, son orifice est dilaté ; on sent une tumeur mobile s'engageant dans la cavité. Rien d'anormal à la palpation abdominale.

Le 9 août, apparurent de violentes contractions utérines, accompagnées de douleurs et vomissements qui font craindre une péritonite.

Du 14 août au 7 septembre, plus de douleurs. Les règles sont venues et ont duré trois jours. On constate toujours l'existence de la tumeur.

7 septembre. Douleurs atroces se déclarent ayant pour siège les reins et surtout le bas-ventre ; la malade les compare à celles qui accompagnent l'enfantement ; en même temps nausées et vomissements. Le col est plus dilaté, et surtout beaucoup moins rigide. Lavements laudanisés, potion opiacée, glace dans la bouche.

8 septembre. Mêmes symptômes, mais moins forts ; on peut par le toucher arriver jusqu'au point d'implantation de la tumeur qui a lieu sur la paroi postérieure de l'utérus.

Le 15, les accidents ont cessé ; la tumeur est rentrée dans la cavité utérine. Le doigt éprouve une certaine résistance à pénétrer dans le col.

Le 25, on reconnaît que le polype s'engage de nouveau dans le col, et on peut arriver jusqu'au pédicule. Apparition des règles le lendemain, suivies de quelques douleurs. A partir de cette époque, les lèvres du col se referment ; on ne peut plus arriver sur la tumeur.

OBSERVATION III.

Larcher. *Archives de médecine*, 1867.

T..., 38 ans, couturière, entrée le 2 juin 1864 à l'hôpital Beaujon. A toujours joui d'une bonne santé ; réglée pour la première fois à 13 ans, s'est mariée à 18 ans. A eu deux grossesses. A la suite de la seconde, survinrent des désordres dans la menstrua-

tion. Les règles devinrent plus abondantes et prirent les caractères propres à la menorrhagie. Au bout de quelques temps, T... s'aperçut de l'existence d'une grosseur faisant saillie dans l'intervalle des lèvres du col utérin; un médecin qui, à cette époque, examina la malade, constata l'exactitude du fait. A son entrée à l'hôpital, plus de trace de tumeur; ce ne fut que quelques jours après, la femme ayant ses règles, qu'on constata de nouveau cette tumeur lisse, du volume d'une petite noix.

On soumet pendant 13 jours la malade à un traitement par le seigle ergoté; le col étant largement dilaté, on se servit d'une pince de Museux pour attirer le polype en bas, et le polype étant ainsi maintenu immobile, en guidant sur l'index de la main gauche les deux lames entr'ouvertes d'un fort ciseau courbe, on put en deux coups de cet instrument enlever la tumeur tout entière sectionnée dans son pédicule. Trois jours après, la malade fut prise de symptômes péritonéaux qui disparurent rapidement.

OBSERVATION IV.

Larcher. *Archives de médecine*, 1867.

X..., âgée de 42 ans, éprouva successivement, à plusieurs époques menstruelles, de véritables menorrhagies. Le toucher vaginal ayant été pratiqué pendant la durée de l'une d'elles, on constata l'existence d'une tumeur arrondie faisant saillie à travers l'orifice du col utérin. Quelques jours plus tard, l'hémorrhagie ayant cessé, un nouvel examen fut pratiqué; le col s'était refermé. Toute trace de tumeur avait disparu.

Ces alternatives d'apparition et de disparition se reproduisirent trois fois.

On administra pendant un mois et demi à la malade le seigle ergoté et des préparations belladonnées, afin de dilater le col et de faciliter l'engagement définitif du polype à travers l'orifice du museau de tanche.

On saisit la tumeur avec une pince de Museux, et une anse métallique, conduite sur les branches de cet instrument, fut passée

autour de la tumeur, sur laquelle on la fit glisser de bas en haut dans la direction de l'insertion. Le polype fibreux fut ainsi détaché, non sans quelque peine, car il fallut débrider le col à l'aide de trois incisions. La malade n'éprouva pas de malaise particulier, si ce n'est un peu de leucorrhée pendant quelques jours.

OBSERVATION V.

Extraite de l'ouvrage de M. Demarquay.

X..., âgée de 33 ans, entrée le 20 janvier 1872 à la maison municipale de santé, service de M. Demarquay. A toujours été bien portante, quand il y a trois ans, elle commença à éprouver des pertes de sang, avec douleur dans les lombes et le bas-ventre. Métorrhagies continuelles, provoquant des syncopes et des vertiges. Au toucher, on constate que le col est dilaté comme une pièce de 2 francs ; un polype en sortait et apparaissait dans le vagin sous forme d'une masse violacée ; quelques jours après, le polype avait disparu.

Le 22 janvier, M. Demarquay introduit le doigt dans le col utérin et y trouve engagée l'extrémité d'une tumeur à surface rugueuse ; le lendemain le polype est remonté dans la matrice. On ne le sent plus.

Le 24, administration de 0,50 centigr. de seigle ergoté pour provoquer l'expulsion du polype. L'effet contraire se produit, le doigt ne peut plus pénétrer dans le col devenu rigide.

Le 26, on le dilate avec une tige de laminaria ; le surlendemain, la tumeur devient accessible sans qu'on puisse circonscrire son pédicule. On continue la dilatation avec l'éponge préparée.

Le 28, extraction du polype. Pendant qu'un aide attire légèrement en bas l'utérus au moyen de deux pinces-érignes fixées aux lèvres du col, M. Demarquay débride avec de forts ciseaux la lèvre postérieure. Ce débridement permet d'arriver jusqu'au pédicule, qui est allongé, de petit diamètre, inséré à la face antérieure de l'utérus à la jonction de la portion cervicale avec

le corps. Le polype est ensuite arraché par des mouvements de torsion. A l'examen microscopique, M. Ranvier constate que la tumeur est exclusivement composée de vaisseaux qui ne sont guère séparés que par l'épaisseur de leur paroi et la définit un angiome caverneux.

OBSERVATION VI

Extraite de l'ouvrage de M. Gallard.

X..., couturière, entrée à l'hôpital Lariboisière le 20 février 1867, en proie à des métrorrhagies abondantes ayant d'abord débuté au moment des règles puis, s'étant prolongées dans leur intervalle, à ce point que l'écoulement sanguin était presque continu, et que, dans leur intervalle, il était remplacé par de la sérosité roussâtre.

Au toucher rien d'anormal ; quinze jours plus tard, le col était entr'ouvert et on sentit alors une tumeur qui fuyait au devant du doigt, lorsqu'on la pressait pour en étudier la consistance. On dilate le col, et on trouve une tumeur ayant le volume d'une grosse noix. Le lendemain, l'orifice était refermé. L'administration du seigle ergoté, pour faire saillir la tumeur, ne produisit aucun effet. La malade quitte quelque temps l'hôpital, puis rentre l'année suivante ; on constate que le col est dilaté, le polype proémine entre les lèvres de l'orifice. Il y avait des douleurs expultrices qui durèrent 2 à 3 jours ; puis la tumeur remonta ensuite, malgré l'administration du seigle ergoté à la dose de 2 grammes par jour.

A la période menstruelle suivante (6 septembre), l'hémorrhagie se renouvela plus abondante pendant 14 jours, et ne cessa qu'après de nombreuses applications de glace.

Le mois d'après (6 octobre), nouvelle métrorrhagie avec réapparition du polype. On fit avec la pointe d'une lancette quatre petites incisions sur le col. On n'obtint pas de dilatation ; au bout de 8 jours, le polype remonta et finit par disparaître pour ne se montrer qu'à l'époque menstruelle suivante, qui se trouva retardée.

On pratique alors deux larges incisions latérales sur les lèvres du col, on enserre le pédicule avec une anse de fer métallique, puis se servant du serre-nœud de Maisonneuve, on opère la section complète du pédicule au niveau de son point d'implantation.

OBSERVATION VII

Polype intermittent coïncidant avec une grossesse. (Gazette Hôpit., 1873.)

X..., âgée de 34 ans, mère de deux enfants a été réglée à 12 ans, et la menstruation toujours régulière, n'a été suspendue que dans le cours de ses deux grossesses.

Au mois de janvier 1873, ses règles lui manquèrent ; le 18 du même mois, six jours après la date où les menstrues auraient dû paraître, bien que la malade n'éprouve aucun malaise, on pratique le toucher, et on constate l'existence d'une tumeur engagée entre les lèvres du museau de tanche. Au mois d'avril, elle fut prise de coliques utérines assez vives, suivies d'une perte. La sage-femme fut cherchée et recueillit un fœtus de six semaines ; au bout de 17 jours, les mêmes coliques accompagnées de pertes se reproduisirent. On crut que c'était dû à une portion de placenta restée dans l'utérus.

Au toucher, on constate l'existence d'un polype fibreux gros comme une noix.

On saisit le polype à l'aide d'une pince à griffes, et tandis qu'on l'abaisse, on coupe à l'aide de longs ciseaux courbes le pédicule. Tamponnement du vagin avec de la charpie imprégnée d'une solution de perchlorure de fer. Repos pendant 15 jours.

Le 16 mai, les règles reparurent et durèrent 6 jours. Tout alla bien jusqu'au 15 septembre 1874. Les règles vinrent alors à manquer et les signes de la grossesse se manifestèrent. On l'examine par hasard et on constate un nouveau polype comparable au premier. On allait l'opérer quand un beau jour on constate la disparition du polype, le col était simplement un peu ramolli. M. Larcher renouvelle l'examen au moment où

X... aurait dû avoir ses règles si elle n'eût pas été grosse, et constate de nouveau l'existence de la tumeur. On pratiqua l'opération de la même façon que la première fois et la grossesse continua son cours.

OBSERVATION VIII

Revue des sciences médicales, 1876.

X..., âgée de 49 ans, éprouve depuis 6 mois des hémorrhagies qui se répètent à de courts intervalles, puis une tumeur se montre passagèrement après l'une de ces hémorrhagies entre les lèvres du vagin. L'examen fait constater l'existence d'un utérus volumineux au-dessus du pubis ; entre les lèvres du col on sent une tumeur arrondie, bosselée, consistance molle donnant la sensation d'un kyste. L'ablation fut assez facile au moyen de l'écraseur linéaire et la guérison s'en suivit.

OBSERVATION IX

Thèse de Guillemaut, 1877 (Résumé).

B..., âgée de 41 ans, lingère, [entrée à l'hôpital de la Pitié le 5 décembre 1876. Réglée à 18 ans. Pas de maladies antérieures. En 1873, elle eut des pertes blanches qui résistèrent à tout traitement. La malade devint alors pâle, ses règles revenaient périodiquement et duraient 8 jours. Pas de métrorrhagies dans l'intervalle, mais les pertes blanches étaient permanentes et répandaient une odeur fétide.

La malade, quand les époques cataméniales approchaient, éprouvait des coliques ou de vagues douleurs, sans avoir senti de grandes contractions utérines: Au milieu d'une période intermenstruelle, n'ayant jamais eu de métrorrhagie, elle va consulter un médecin qui reconnaît au toucher l'existence d'un polype utérin, qu'il qualifia cancéreux. Elle entre alors à l'hôpital ; on pratique le toucher avant et après les règles, mais on ne trouve rien. Ce n'est que pendant l'époque de ses règles que

l'on constate l'existence d'un polype. Le col utérin était dilaté comme une pièce de 5 francs, mais dès que les règles furent plus avancées, le segment que le doigt pouvait atteindre et contourner, diminua de plus en plus d'étendue pour disparaître bientôt, de sorte que le jour fixé pour l'opération, le col utérin se trouvait refermé.

M. Verneuil débrida d'abord la lèvre antérieure du museau de tanche à l'aide du thermocautère. Il put alors pratiquer le toucher intra-utérin, et rencontrer le polype situé assez haut. Quelques jours après, celui-ci faisait saillie dans le vagin. A la suite de cette opération, il y eut quelques douleurs dans la région iliaque gauche avec impossibilité d'uriner. Douze jours après, opération définitive; on chloroforme la malade; la tumeur se continue avec un pédicule épais, charnu, situé à la jonction du col avec le corps. Pour saisir le polype, on se servit de trois pinces à arrêt, dont les griffes s'accrochaient dans le corps de la tumeur. On l'attire en bas et en avant de manière à permettre de jeter autour du pédicule la chaîne de l'écraseur linéaire. L'anse conduite sur les pinces fut, au moyen du doigt, refoulée autour de la tumeur, en arrière de laquelle on la fit glisser de bas en haut jusqu'à l'endroit de l'implantation, le manche de l'instrument étant tenu en avant. Après cela, on serra la chaîne d'un cran toutes les 30 secondes; pendant ce temps les parties étaient pulvérisées avec de l'eau phéniquée. Le pédicule fut sectionné sans accident.

OBSERVATION X

Thiry, *Presse médicale belge*, 1877.

En 1865, le 5 septembre, je fus appelé en consultation par le docteur Van Canneghen de Bruges, pour une dame souffrant de la matrice depuis 2 ans. Elle était d'une maigreur extrême, ne quittant pas le lit. L'affection aurait débuté par une exagération du flux menstruel, puis les règles devinrent irrégulières et finalement l'écoulement du sang dégénéra en une véritable

métrorrhagie. L'appétit disparut; il y eut des troubles cardiaques et accès de suffocation.

Différents médecins furent consultés; on trouva que la cause de cet anéantissement constitutionnel se trouvait dans la matrice, et comme elle avait acquis un volume considérable, que nul hémostatique n'était parvenu à arrêter définitivement l'hémorrhagie, que la malade était à la ménopause, on diagnostiqua un squirrhe de l'utérus.

J'examinai à mon tour cette dame; au toucher, je constatai que le corps de l'utérus remplissait la cavité pelvienne; les parois étaient amincies plutôt qu'hypertrophiées. Le col utérin incliné en haut était effacé, il n'avait pas sa longueur naturelle. L'écoulement de sang était abondant, les lèvres du col étaient entr'ouvertes. Par l'application du doigt, j'y rencontrai une tumeur, qui tendait à faire saillie à travers l'orifice du museau de tanche. Cette tumeur était dure, polie, non dépressible; je diagnostiquai un polype utérin. Elle n'avait jamais été sentie dans les examens antérieurs.

OPÉRATION. — Dilatation du col utérin avec les doigts. On implante ensuite dans la tumeur fibreuse des pinces à griffes, afin d'abaisser la matrice et de dégager du col une partie de la tumeur. Une longue aiguille courbe munie de plusieurs doubles de fil ciré fut passée dans le segment de la tumeur que l'on put le mieux circonscrire.

La tumeur maintenue, on applique le plus haut possible une pince de Museux; des mouvements de déduction firent descendre la tumeur. Elle apparut enfin à l'extérieur; on porta autour de sa base non sans difficulté une forte ligature. Les tractions furent continuées avec lenteur, et bientôt le pédicule inséré au fond de la matrice fut mis à découvert. L'écraseur linéaire de Chassaignac fut appliqué et la tumeur complète fut enlevée juste au niveau de son point d'insertion.

La tumeur avait les dimensions d'une tête d'enfant de 7 mois, le pédicule était court.

OBSERVATION XI

Gazette des hôpitaux, 1880.

X..., âgée de 33 ans, couchée au n° 24, salle Sainte-Marthe, hôpital Lariboisière. Réglée à 12 ans et toujours régulièrement, s'est mariée à 20 ans et a eu six enfants. Les couches ont été normales. Il y a quelques années, à l'une des époques menstruelles, a eu une perte qui dura 12 jours. A partir de ce moment, les règles furent presque constamment troublées par des ménorrhagies assez abondantes pour simuler de véritables pertes; et apparurent même souvent deux fois dans le même mois. En même temps, douleurs dans le ventre assez analogues à celles de l'accouchement. Au toucher, le col de la matrice est largement entr'ouvert pour y introduire facilement le doigt; à l'entrée du col, fait saillie une tumeur arrondie, dure et comme fibreuse.

Avant de l'opérer, M. Duplay attend la cessation des règles. Il comptait faire l'opération, lorsqu'en pratiquant de nouveau le toucher vaginal, il ne trouva plus trace de la tumeur; mais le col de l'utérus, alors un peu volumineux, donnait lieu à un léger écoulement catarrhal. Il pratique le cathétérisme de la matrice; la sonde ne put découvrir en aucun point le polype, mais indiqua une cavité normale. Le palper abdominal ne donna que la sensation d'un utérus plus volumineux que d'habitude. L'opération est faite en dehors des époques menstruelles; dilatation du col avec une éponge préparée, administration du seigle ergoté. Application à la base de la tumeur autour du pédicule assez mince du serre-nœud qui termine l'opération.

OBSERVATION XII.

Annales de Gynécologie, 1884 (Résumé).

X..., âgée de 34 ans environ, menstruée pour la première fois à 12 ans; au commencement de la seizième année, ses règles furent très douloureuses, s'accompagnant de malaises très

pénibles. S'est mariée à 16 ans $1/2$; depuis trois ans, les menstruations reviennent deux fois par mois, prenant le caractère douloureux des violentes coliques utérines, et durant de huit à 10 jours. Tous les moyens furent vainement essayés contre les pertes et les douleurs ; le seigle ergoté accroissant ces dernières par l'excitation et le réveil des contractions utérines, loin de diminuer l'hémorrhagie, ne faisait que l'augmenter. Le chloral en lavements calma les coliques menstruelles. On examine un jour la malade au début d'une période menstruelle ; on constate à la partie inférieure du ventre une tumeur médiane légèrement inclinée à droite, qui, d'une certaine mollesse à l'état de repos, se durcissait et devenait douloureuse à la pression des doigts. Cette tumeur n'était autre chose que l'utérus augmenté de volume. Par le toucher vaginal, on trouve le col effacé, et dans l'orifice externe, on sent une tumeur lisse, un peu molle, légèrement saillante. Après la menstruation, la tumeur subit une diminution de volume, au point de ne plus dépasser le pubis que de 0,08. L'orifice utérin s'était refermé, et la tumeur retirée au-dessous du col, était inaccessible au doigt.

L'opération en fut faite dans l'intervalle de deux époques menstruelles, le col étant dilaté à l'aide d'un tampon vaginal élastique. Le procédé employé fut l'*anse galvano-caustique*. L'extraction de la tumeur fut difficile mais la malade ne ressentit pendant l'opération que des souffrances insignifiantes et et n'éprouva de la part de l'anse incandescente qu'une légère sensation de chaleur.

OBSERVATION XIII

Gazette des Hôpitaux, 1885.

X..., entrée au mois de février 1885 à l'hôpital de la Charité, envoyée par un confrère avec le diagnostic polype de l'utérus. Le jour de son entrée, au toucher on constate une tumeur faisant saillie dans l'orifice du col utérin entr'ouvert. On allait l'opérer quand le polype disparut ; l'état général de la malade

étant satisfaisant, on attendit. Au bout d'un mois, elle rentre dans le service de M. Desprès pour une rétention opiniâtre des matières fécales ; pendant ce temps, ses règles parurent, et il y eut une perte. On touche la malade et on sent le polype en introduisant le bout de l'indicateur dans le col utérin. On opère alors la malade, en procédant à l'introduction dans l'utérus du serre-nœud à fil de fer.

On fait coucher la malade sur le côté droit ; on se sert d'un spéculum américain pour écarter en dehors et à gauche la paroi postérieure du vagin, puis le doigt étant introduit dans l'utérus on sent le polype. Le col était dilaté, il n'y avait plus qu'à attirer le polype au dehors le plus que l'on pouvait.

M. Desprès se servit d'un petit crochet fin à l'usage des fistules vesico-vaginales. Moins volumineux que le doigt, son introduction fut facile. En tirant sur le polype, dit M. Desprès, « j'ai vu qu'il cédait très vite : c'était là un obstacle. Mais avec mon crochet que j'avais placé assez loin, je suis arrivé à faire affleurer le polype au dehors. Ici pouvait se rencontrer un écueil. Il ne fallait pas renverser l'utérus, ce qui peut-être aurait fait saisir le fond de cet organe par l'écraseur à fil de fer. J'ai évité cet écueil en tirant avec modération. Dès qu'il fut sorti dans le vagin d'un centimètre et demi, je pris une pince à griffes, et je saisis plus fortement le polype. J'introduisis alors l'écraseur dans la cavité utérine, en faisant suivre les branches de la pince qui tenait le polype. Je suis allé très doucement avec la préoccupation de ne prendre dans l'instrument que le polype et je me suis arrêté dès que j'ai senti une résistance. La longueur de la tige de l'écraseur introduite dans le col (6 centimètres environ) m'indiquait que j'approchais de la paroi. Cela fait, j'ai serré et je suis arrivé assez rapidement à couper le pédicule, ce qui a terminé l'opération. »

Le polype était entier, son pédicule volumineux. Les jours suivants, on administre à la malade des injections de chlorure de zinc.

OBSERVATION XIV

Annales de Gynécologie, 1885.

Augustine F..., tisseuse. 28 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine le 14 octobre 1881, réglée à 12 ans. Accouchée à terme à 16 ans. Suites de couches normales.

Depuis quatre années environ, les règles sont abondantes, l'écoulement sanguin durant 8 à 9 jours. Entre les époques menstruelles, il n'y avait au début aucune perte de sang. A part quelques douleurs localisées dans le flanc gauche, la malade n'a jamais beaucoup souffert.

Le 13 mai 1882. — Col aminci, polype proéminent ; le doigt pénètre en haut dans le col et sent le point d'implantation ou d'adhérence du polype à la partie antérieure. En arrière le polype est libre.

Le 23 juin. — Après des pertes abondantes combattues par l'ergot, l'hémorrhagie s'arrête, le polype est près de la vulve. Douleurs expulsives.

Les jours suivants, le polype est moins apparent, et l'état reste stationnaire.

Le 9 décembre. — On ne voit absolument plus le polype. Le col paraît légèrement entr'ouvert.

Le 15 mars 1883. — Douleurs expulsives, perte de sang abondante.

Au toucher, on sent l'utérus volumineux, distendu ; le col aminci est rempli par la tumeur qui dilate l'orifice selon les dimensions d'une pièce de deux francs. L'index arrive sur la tumeur qu'il sent dure, arrondie, mais l'hystéromètre, introduit entre le col et la tumeur, montre que celle-ci est adhérente de toutes parts. Espérant provoquer l'expulsion du polype hors de l'utérus, à l'aide de longs ciseaux courbes, on débride le col des deux côtés jusqu'à l'insertion du vagin. Ergot de seigle 1,50.

Les jours suivants, perte de sang d'abondance moyenne ; douleurs expulsives ; la tumeur qu'on ne sentait qu'à peine semble se rapprocher, l'orifice utérin est beaucoup plus dilaté, et il est

facile de sentir la tumeur avec le doigt et de la circonscrire au niveau du col.

L'état local restant le même, malgré l'administration quotidienne de l'ergot de seigle, on procède à l'opération. Le col utérin est fixé au moyen d'une pince tire-balles, et un aide maintient l'utérus abaissé par une forte pression sur l'hypogastre. La tumeur sur laquelle est appliquée la main gauche tout entière introduite dans le vagin, et servant de guide aux instruments, est détachée des parois utérines, à l'aide de longs ciseaux courbes, de l'énucléateur et d'un long bistouri courbe. L'implantation du pédicule paraît être sur le fond de l'utérus vers la paroi antérieure de l'organe ; on parvient à le rompre par des torsions prolongées. La tumeur étant détachée de toutes parts, elle est complètement emboîtée dans la cavité interne où elle roule sans pouvoir être extraite à l'aide des pinces de Museux qu'on y a implantées. Trop volumineuse pour franchir le col, elle nécessite de nouveau un débridement en avant, et est ensuite accouchée avec un petit forceps appliqué au détroit supérieur.



CHAPITRE I

HISTORIQUE

La question des polypes fibreux utérins à apparition intermittente n'est pas de date bien ancienne, car c'est seulement au XVIII^e siècle qu'on en a fait mention. Dupuytren (1) nous signale le premier l'existence de ces polypes. Lisfranc (2) eut également l'occasion d'en observer un cas : « Un polype du volume de la dernière phalange du pouce, dit-il, fut reconnu par le toucher et même à l'aide du spéculum ; nous vîmes le lendemain pour l'opérer. Nous mîmes inutilement en usage tous les moyens propres à le constater. Quelques jours s'écoulèrent et nous le retrouvâmes. Il arrive quelquefois que ces tumeurs remontent dans la cavité de l'utérus, dont l'orifice se resserre ensuite et le rend momentanément inaccessible à la vue et au doigt. »

(1) DUPUYTREN. Leçons orales de clinique chirurgicale.

(2) LISFRANC. *Clinique chirurgicale de la Pitié*, 1843.

En 1852, Ransbothan (1) fit paraître deux observations de polypes intermittents ; ces deux observations , traduites en français, sont citées dans la monographie de M. Larcher ; quelques années après, Johns (2) publie un nouveau fait.

En 1867, M. Larcher (3) fit paraître un travail sur l'histoire des polypes utérins à apparition intermittente.

Nous devons aussi mentionner dans les Annales de Gynécologie un mémoire de M. Demarquay (4), extrait de son ouvrage sur les maladies de l'utérus.

En 1877, M. Guillemaut soutint à Paris sa thèse inaugurale sur les polypes intermittents. Enfin nous trouvons dans les Annales de Gynécologie (1883 et 1885) et la *Gazette des Hôpitaux* (1883-1885) des observations de polypes intermittents que nous transcrivons plus haut.

La bibliographie sur le mot utérus, dans le nouveau dictionnaire de Jaccoud, nous indique une observation de Mucci (5), sur un cas de polype intermittent, traité avec succès par l'anse galvanocautique, et un travail de M. Thiry (6), professeur à Bruxelles.

(1) RANSBOTHAN. *In the medical times and Gazette*.

(2) JOHNS. *In the Dublin quarterly journal*, nov. 1856.

(3) LARCHER. *Archives générales de médecine*, 1867.

(4) DEMARQUAY. *Annales de Gynécologie*, t. III, p. 245, 1875.

(5) MUCCI. *La sperimentale*, 1880.

(6) THIRY. *Presse médicale*, 1877.

Pour terminer cet aperçu historique il nous reste à remarquer que la plupart des auteurs de traités spéciaux, Aran, Nonat, Churchy, Courty, Barnes et Gallard ont signalé l'existence des polypes intermittents et les conditions ordinaires de leur apparition.



CHAPITRE II

Considérations générales sur les Polypes utérins.

Les tumeurs fibreuses constituent une des altérations organiques de l'utérus que l'on observe le plus communément. Depuis Bayle, on les divise en trois classes au point de vue de la position qu'elles occupent dans la matrice. Les unes sont *sous-péritonéales*, et émergent de la couche périphérique ; les autres se développent au sein du tissu utérin et restent enveloppées de toute part par ce tissu : ce sont les *tumeurs fibreuses interstitielles*. Enfin, il en est qui font saillie dans l'intérieur de la matrice : ce sont les *corps fibreux sous-muqueux*. A mesure qu'ils grandissent et se développent, ces derniers font de plus en plus saillie dans la cavité utérine et finissent par se pédiculiser d'une manière plus ou moins complète. Ils constituent alors les *polypes*, et c'est sous ce nom qu'ils sont plus particulièrement désignés.

Il importe de remarquer que certains *fibrômes interstitiels* nés dans les couches superficielles, directement sous-muqueuses, du tissu utérin, peuvent aussi présenter une pédiculisation plus ou moins marquée, et, à un moment donné, se transformer en polype ; quoique recouverts par une couche plus ou moins épaisse de tissu utérin, au fur et à mesure qu'ils s'accroissent, ils se portent

du côté où ils éprouvent le moins de résistance. Ils tendent à se dégager progressivement de la prison qui les renferme et à se développer plus particulièrement vers la cavité utérine. De même qu'un polype sous-muqueux, ils peuvent faire saillie dans l'utérus et rester attachés à la paroi par un pédicule qui, dans le cas particulier, ne sera pas seulement formé par la muqueuse, mais encore par une petite quantité de tissu musculaire.

Le polype fibreux est constitué par les éléments qui composent le tissu utérin lui-même. Tous les auteurs reconnaissent que ces néoplasmes ne sont autre chose qu'une hypertrophie de l'élément fibro-musculaire de l'utérus. Ce ne sont donc pas des *fibromes*, mais des *fibromyomes*. Leur consistance est dure, ferme, élastique, leur sensibilité nulle ; d'ordinaire ils sont très peu vasculaires. Leur existence est en quelque sorte parasitaire. Il est des cas, cependant, où on a observé un développement vasculaire plus ou moins considérable qui a valu à un certain nombre de ces néoplasmes la dénomination de *myome caverneux*.

Le polype est entouré d'une trame celluleuse plus ou moins épaisse dans laquelle rampent les vaisseaux destinés à le nourrir ; on le trouve en outre enveloppé de la couche muqueuse qu'il a poussée au devant de lui. Si le polype est interstitiel, étant plus profondément situé, son enveloppe sera naturellement plus complexe ; elle ne sera pas seulement formée par la muqueuse, mais encore par une couche plus ou moins épaisse du tissu de la matrice.

Outre les vaisseaux artériels et veineux qui de l'utérus se rendent au polype, le pédicule est principalement constitué par la muqueuse utérine qui enveloppe toute la surface du polype. Dans les cas où le polype est constitué par un fibro-myome interstitiel mais superficiellement

placé, le pédicule renferme aussi parfois une certaine quantité de tissu fibro-musculaire.

La muqueuse utérine et quelquefois une lame plus ou moins épaisse de tissu utérin qui forment le pédicule, passent nécessairement sur la tumeur et lui forment une coque. Cette coque peut être plus ou moins épaisse, selon l'état d'inflammation ou d'hypertrophie dans lequel elle se trouve. D'autres fois, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, elle est distendue, amincie, atrophiée au point de disparaître et de laisser la surface du polype complètement à découvert.

Quelles que soient son origine et sa nature, le pédicule peut s'implanter sur tous les points de la face interne de l'utérus. Les auteurs varient assez dans l'appréciation de la fréquence relative de l'implantation en tel ou tel point. Son épaisseur est variable ; quelquefois il ne s'attache à la matrice que sur une étendue presque insignifiante, tandis que dans d'autres cas, il y tient par une surface fort large. Généralement, au début, quand le fibrome vient seulement de se faire jour dans la cavité utérine, ce pédicule est épais et court ; mais peu à peu, sous l'influence des contractions de l'organe, et peut-être de la pesanteur, il s'allonge et s'amincit. Il est démontré aujourd'hui, qu'il est généralement peu vasculaire, et que la nutrition de la tumeur se fait par imbibition aux dépens du tissu utérin et de l'enveloppe ; il existe là un réseau vasculaire, veineux, très développé, communiquant avec les veines utérines, et d'autant plus considérable que la tumeur est plus volumineuse.

Généralement, il n'y a qu'un seul pédicule, mais il existe des cas où le polype présentait deux ou trois racines. En réalité, il n'y a jamais qu'un seul pédicule ; les autres ne sont que des adhérences formées accidentellement.

Le polype fibreux est d'abord enfermé dans la cavité utérine. Il reste ainsi stationnaire pendant un certain temps, et constitue le *polype intra-utérin* ; presque toujours, il tend à être expulsé soit à cause de son augmentation de volume ou de l'allongement du pédicule, circonstances qui excitent les contractions de l'utérus et déterminent son hypertrophie.

Comme dans la grossesse, il arrive un moment où le col se ramollit, perd de sa hauteur, et se dilate. Le polype se présente alors à l'orifice et peut être vu. Il est alors *intra-cervical*. Quelquefois, il s'engage assez, pour être étreint par le col et prendre la forme d'un bissac ; enfin, au bout de quelque temps, on peut voir le polype devenir *flottant*, c'est-à-dire proéminer dans le vagin. A cette période, souvent la pesanteur peut le conduire plus ou moins loin et le faire saillir à la vulve. Le col résiste quelquefois, soit à cause de sa rigidité, soit à cause du volume du corps fibreux, qui ne peut agir à la manière d'un coin pour sortir de la cavité utérine. Dans ces cas, on voit la matrice augmenter de volume comme dans la grossesse, et faire saillie au-dessus du pubis.

D'autrefois, le travail de dilatation se fait par étapes successives, dont chacune est séparée de la suivante par un arrêt ou même un rétrait plus ou moins durable ; souvent le col, après s'être dilaté, et avoir permis au polype de se montrer, se referme, emprisonnant de nouveau la tumeur dans la cavité utérine. Le même travail peut se répéter plusieurs fois. Tel est le phénomène qui a été décrit par les auteurs sous le nom d'*apparition intermittente des polypes*, et dont nous nous proposons de nous occuper particulièrement dans ce travail.

Que la progression du polype vers l'extérieur se fasse en une ou en plusieurs fois, elle est dûe surtout aux con-

tractions de la matrice et à son hypertrophie. Sous l'influence du polype, l'utérus devient ce qu'il doit être pendant la grossesse, la fibre contractile se forme, la membrane interne se vascularise, et l'on comprend que sous l'influence de la moindre distension, les vaisseaux se rompent et l'hémorrhagie se produise.

Le polype est-il vaginal ? Le vagin subit naturellement de la part du polype qui s'est engagé dans son canal, une dilatation plus ou moins considérable. On peut en même temps, par le fait du corps étranger, voir la muqueuse s'enflammer. Des ulcérations plus ou moins profondes de la muqueuse vaginale se créent par ce mécanisme. A la suite de la cicatrisation de ces petites ulcérations, il peut se faire aussi des adhérences qui donnent parfois au polype l'apparence d'une implantation vaginale. Il est des cas où le pédicule s'est rompu, et où le polype est devenu libre dans la cavité utérine. Enfin sa nutrition devient parfois difficile et insuffisante ; le polype peut se sphaceler (1).

Nous ne voulons pas insister davantage sur ces notions générales ; notre travail ayant pour but l'étude des polypes utérins à apparition intermittente.

(1) KATZ, *Du sphacèle des fibromyomes de l'utérus*. (Thèse, Nancy, 1884).

CHAPITRE III

Symptômes.

Le polype intermittent n'est pas, à proprement parler, une affection, ce n'est qu'un symptôme de celle-ci. Aussi dans ce chapitre avons-nous une grande part à faire aux *symptômes des polypes en général*. Rappelons les principaux.

TROUBLES FONCTIONNELS. — Le polype peut rester longtemps silencieux et ne révéler sa présence qu'à l'occasion d'un changement dans le genre de vie. Cependant, en général, les polypes donnent lieu à un ensemble de symptômes qui permettent souvent de les soupçonner. L'affection commence habituellement par des troubles dans la menstruation. Les règles sont d'abord un peu plus abondantes et la quantité de sang perdue à chaque époque s'accroît peu à peu. Puis l'intervalle de temps qui sépare les époques menstruelles se raccourcit, les règles avancent. Les hémorrhagies deviennent toujours plus longues et plus rapprochées ; il en résulte pour la femme des pertes sanguines qui, sous la forme de simples ménorrhagies, peuvent être très considérables ; plus tard la succession des époques menstruelles finit par ne plus être reconnue distinctement ; le moindre effort, le moindre mouvement peuvent suffire pour ramener le suintement

sanguin. Le plus souvent ces hémorrhagies sont accompagnées de douleurs surtout vives pendant la période menstruelle, rappelant comme qualité de sensation et parfois comme intensité de souffrance, la *période de dilatation* du travail de l'enfantement. Ces contractions n'ont pas chez toutes les femmes la même énergie ; si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que dans le cas de polype intermittent, elles peuvent être tantôt très violentes, tantôt très légères, et passer même complètement inaperçues. Ce dernier fait s'observerait surtout chez les femmes qui ont eu des grossesses réitérées. Aux symptômes précédents, se joignent des manifestations variées. L'irritation que produit le polype détermine souvent de la métrite interne, d'où un écoulement séro-purulent, une leucorrhée quelquefois assez abondante pendant la période interhémorrhagique.

La tumeur est-elle volumineuse ? Il peut se faire qu'à l'époque menstruelle, alors qu'elle est poussée fortement vers le col, elle vienne pour un temps amener la dysurie par compression du col vésical. A côté de la rétention d'urine, on observe des envies plus fréquentes d'uriner. Ce trouble a été noté surtout pendant l'époque menstruelle, et il paraît être lié aux excitations nerveuses qui partent de l'utérus congestionné. Les mêmes causes que nous avons vues agir sur la vessie produisent les mêmes effets du côté du rectum. Dans certains cas la compression légère de l'intestin amène des besoins illusoire de aller à la garde robe. D'autres fois la compression est plus forte ; il en résulte une constipation opiniâtre. Il peut y avoir aussi des douleurs erratiques dans le petit bassin. Ces douleurs se localisent plus tard à l'hypogastre, s'étendent quelquefois vers la région sacro-coccygienne et s'irradient vers les cuisses.

Bientôt le facies de la femme devient caractéristique, et mérite bien alors le nom de *facies utérin*. En proie à des hémorrhagies profuses, son teint devient pâle, ses muqueuses se décolent, et l'anémie peut être portée à un si haut degré que souvent le teint devient jaune et peut en imposer pour une affection squirrheuse de l'utérus.

SIGNES OBJECTIFS. — En présence des symptômes que nous venons d'énumérer, le chirurgien devra naturellement songer à une affection utérine, entre autres à un polype, mais l'existence de la lésion n'a acquis aucune certitude. Des signes beaucoup plus importants sont ceux que les auteurs décrivent sous le nom de *signes sensibles ou objectifs*. Tous les moyens d'exploration doivent être ici employés ; la palpation hypogastrique, le toucher vaginal, le toucher rectal, le cathétérisme utérin, le spéculum lui-même. Si le palper abdominal ne révèle rien de particulier, le toucher vaginal ne doit jamais être omis. Le polype est-il vaginal ou intra-cervical, il nous sera facile d'en constater la présence. Il se pourra cependant, tout en pouvant sentir la tumeur, qu'on s'aperçoive que celle-ci fuit au devant du doigt lorsqu'on la presse pour en étudier la consistance et les contours. Mais s'il est intra-utérin, le col étant complètement fermé, on ne pourra pas encore affirmer l'existence du polype. Est-il intermittent, il se pourra aussi qu'au moment où on examine la femme, toute trace de tumeur ait complètement disparu. Vienne l'époque menstruelle ou une hémorrhagie, le col sera quelquefois entr'ouvert, et le doigt introduit dans le vagin percevra dans l'orifice une tumeur dure, arrondie et insensible. Cette période passée, il arrivera que le polype cessera d'être accessible au doigt. Il reprendra sa place dans la cavité de l'utérus et le col se refermera. Ces alternatives d'entrée et de sortie ont donné souvent lieu à

des erreurs. Faute d'examiner la femme pendant la période menstruelle, il est arrivé à des praticiens célèbres de nier un polype dont un confrère avait constaté la présence. Aran a depuis longtemps signalé cette cause d'une erreur, dans laquelle il était tombé ; c'est pourquoi il nous dit de pratiquer toujours le toucher pendant la période menstruelle, car « à cette époque, la dilatation du col s'opère, et on peut, en pénétrant avec le doigt à travers l'orifice dilaté, constater plus ou moins profondément une tumeur lisse, indolente à la pression qui semble travailler à s'engager dans l'orifice. »

La durée et le moment de l'intermittence sont extrêmement variables. Souvent le polype est visible pendant toute la période menstruelle ; et dès que les règles sont plus avancées, on voit le segment que le doigt pouvait atteindre et contourner, diminuer de plus en plus d'étendue pour disparaître bientôt, de sorte que le col utérin se trouve aussitôt refermé. Il est des cas où le polype n'a été apparent que pendant un jour, et où il est resté invisible pendant une période menstruelle pour réapparaître à la période suivante.

Il ne faut pas croire, cependant, que l'apparition du polype ne puisse se faire que pendant l'écoulement menstruel. Il existe, en effet, des observations dans lesquelles le polype n'est devenu accessible au toucher que dans l'intervalle de deux périodes menstruelles, et était inaccessible lorsqu'on examinait la femme pendant qu'elle avait ses règles. Mais les faits de ce genre sont relativement rares, et le plus souvent, l'apparition de la tumeur coïncide avec les règles ou les métrorrhagies, l'occultation avec les périodes intercalaires.

A côté de ces symptômes, fournis par le polype lui-même, les différents modes d'exploration permettent

encore de reconnaître les modifications que l'utérus a pu subir sous l'influence de la tumeur. C'est ainsi qu'on pourra constater que cet organe est plus lourd et augmenté de volume.

Si la situation de l'utérus a été modifiée, on pourra, en général, facilement s'en rendre compte. Cet organe est-il abaissé, la position plus basse du col et du fond de l'organe révéleront cet état. Si le poids de la tumeur s'est exercé principalement sur l'une ou l'autre des parois de l'utérus, on trouvera une *anteversion* ou une *rétroversion* qui en seront la conséquence. Dans quelques cas, on comprend que le polype puisse entraîner dans son expulsion la paroi utérine à laquelle il adhère et produire une *inversion*. Nous n'insisterons pas sur les signes de ces différentes complications qui présenteront ici les caractères qu'elles ont en général.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique et mécanisme de l'intermittence.

Au point de vue histologique, la structure des polypes fibreux intermittents n'offre rien de spécial ; elle est identique à celle des autres polypes de l'utérus. Comme ceux-ci, les polypes intermittents peuvent être riches en vaisseaux.

Mais les polypes fibreux de l'utérus ne sont pas les seuls qui puissent être intermittents ; les polypes glandulaires peuvent aussi présenter ces alternatives de sortie et de retrait. Nous n'avons pu trouver aucune observation de polypes glandulaires intermittents, mais bien des auteurs en font mention. « J'en ai vu trois, rapporte M. Courty, de la grosseur d'une cerise sur le museau de tanche ; l'un d'eux, d'une couleur rouge, violacée, paraissait se tuméfier douloureusement à certaines époques, au moment des règles, comme une véritable tumeur hémorroïdaire. M. Bourdon a vu, sur un de ces malades, la congestion cataméniale rendre très apparentes ces petites tumeurs, qu'on apercevait à peine dans l'intervalle des époques menstruelles. »

Nous n'insisterons pas sur la structure de ces polypes, il importe surtout que nous connaissions, pour expliquer

le phénomène de l'intermittence, le siège et la nature du pédicule. Si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que ce siège est très variable. Il est des cas où ce pédicule est très élevé, situé à la partie supérieure de la cavité utérine, près de la corne de l'utérus ; dans d'autres, il est très bas et prend naissance dans le tissu de l'utérus, à la jonction du col avec le corps. Il peut être, dans d'autres cas, situé profondément à la paroi postérieure du col utérin. La consistance du pédicule est également variable ; la plupart du temps celui-ci est épais, charnu, volumineux, à peine distinct de la tumeur, offrant une large surface d'implantation ; il est des cas, au contraire, où il est allongé, et cette circonstance se présente surtout lorsque le pédicule est situé dans un endroit élevé. Mais en règle générale, on peut dire que le polype intermittent est souvent sessile ou n'a qu'un pédicule très court qui se laisse allonger ou distendre.

Pour ce qui regarde le volume du polype, nous nous bornons à rappeler que les observations relatent indistinctement de volumineuses tumeurs et de fort petites. A cet égard, d'ailleurs, les opinions des auteurs sont contradictoires. Si Dupuytren prétend qu'il faut que le polype soit très gros, Nonat est d'un avis contraire. Dans nos observations il s'agit en général de polype de moyenne grandeur.

L'anatomo-pathologie des polypes intermittents étant connue, il nous reste à expliquer la cause de cette intermittence. Deux explications en ont été données. Les uns s'appuyant sur la présence presque constante des coliques utérines au moment de l'apparition de la tumeur, attribuent cette apparition à la contraction utérine. Le mécanisme de l'expulsion partielle du polype serait en tout comparable à l'expulsion du produit de la conception, au

moment de l'accouchement, mais, dans le cas de polype intermittent, il existe un pédicule épais qui maintient cette tumeur contre la paroi utérine et l'expulsion complète ne peut avoir lieu. Ces contractions utérines sont elles-mêmes sous la dépendance de l'irritation que produit la congestion de la matrice au moment des règles, et l'on comprend que cette congestion, disparaissant avec l'écoulement sanguin, la contraction se suspende à son tour. L'action du pédicule, qui s'opposait à l'expulsion de la tumeur, et qui luttait contre la contraction utérine, s'exercera alors toute seule et fera rentrer le polype dans l'intérieur de la matrice. Ainsi s'expliquerait l'intermittence de l'apparition de la tumeur.

On peut encore donner une autre explication : pour certains auteurs, la congestion utérine, qui accompagne l'hémorrhagie, agirait seule. Cette congestion se produirait, non seulement dans le parenchyme utérin, mais encore dans la tumeur. Il en résulterait une augmentation de volume de cette tumeur qui, ne trouvant plus dans l'utérus un espace suffisamment grand, le distendrait et le dilaterait. Cette distension sera naturellement plus accentuée au niveau de la partie de l'utérus qui offre le moins de résistance, c'est-à-dire au niveau du col, et pourra ainsi permettre l'engagement de la tumeur. La congestion une fois disparue, le polype reprend peu à peu son volume primitif et par suite son ancienne situation dans la cavité utérine. Cette théorie est d'autant plus admissible, qu'il est démontré depuis longtemps que les tumeurs éprouvent des changements pendant la période menstruelle. Kivisch raconte avoir souvent observé à l'époque de la menstruation ou avant une hémorrhagie, un accroissement tellement considérable du volume du polype, que ses dimensions doubleraient presque

de moitié dans l'espace de quelques heures, pour diminuer peu de temps après.

A laquelle de ces deux théories doit-on donner la préférence ?

Il est bien probable que l'apparition intermittente du polype est due à ces deux phénomènes à la fois : d'une part, à l'augmentation du volume de la tumeur produite par la congestion utérine ; de l'autre, aux contractions de la matrice, résultant de l'irritation exercée par la tumeur congestionnée.

Ces explications démontrent l'intermittence dans le cas où le polype apparaît pendant la période menstruelle. Subsistent-elles encore dans les cas où l'apparition s'est faite durant une période intercalaire ? Il est possible dans ces conditions qu'il y ait une congestion utérine temporaire moins intense que pendant la menstruation.

Mais pourquoi ne remarque-t-on pas cette intermittence dans tous les cas de polypes ? Il est probable que l'intermittence est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement, faute d'avoir fait l'examen en temps opportun. Pour M. Gallard, elle se produirait dans tous les cas où un polype sortirait de la cavité du corps même de l'utérus pour pénétrer dans le vagin. « Je comprendrais difficilement, nous dit-il, qu'une semblable propulsion pût jamais se faire d'un seul coup, et que surtout, quand le pédicule est volumineux, il ne se produisît pas entre le polype, qui fait effort pour sortir et l'utérus qui se contracte, une sorte de lutte ayant justement pour conséquence de déterminer ces dilatations et ces resserrements alternatifs. »

Sans admettre l'intermittence pour tous les polypes, il est cependant probable que ce phénomène doit se produire dans la généralité des cas. Mais on ne l'observera

pas à n'importe quel moment de l'évolution des polypes, ces derniers devant remplir certaines conditions qui n'existent, le plus souvent, que pendant un temps limité. C'est, croyons-nous, la longueur du pédicule, son siège d'implantation, son épaisseur qui influent sur l'intermittence.

Ce pédicule doit être assez long pour que le polype arrive au voisinage du col, et cette longueur nécessaire variera, on le comprend facilement, suivant le siège de l'implantation. Dans ces conditions, les causes déterminantes de l'intermittence, c'est à dire les contractions utérines ou la congestion du polype, pourront facilement produire l'apparition de la tumeur dans le canal vaginal. Mais ces contractions, cette congestion, avons-nous vu, sont temporaires et si le pédicule est résistant, épais, s'il ne se laisse pas allonger, il fera reprendre au polype son ancienne situation dans la cavité utérine. Ces mêmes phénomènes se produiront ainsi, à plusieurs reprises, jusqu'à ce que le pédicule se soit laissé allonger de manière à permettre le séjour permanent du polype dans le vagin :

L'épaisseur, la résistance du pédicule jouent par conséquent un grand rôle dans l'intermittence de l'apparition, car si ce pédicule ne résiste pas, s'il se laisse facilement allonger, le polype utérin deviendra vaginal sans avoir eu à passer par les stases de l'intermittence. Il est certain aussi que l'état de l'utérus, notamment de la portion cervicale, joue un grand rôle dans le mécanisme de l'intermittence. Le col est-il rigide, non ramolli par des grossesses, le travail de dilatation sera nécessairement plus long. La marche ne sera pas continue. Le col résistera, et le travail se fera par étapes successives dont

chacune sera séparée de la suivante par un arrêt ou même un retrait plus ou moins durable.

Telles sont les explications que tout chirurgien doit avoir présentes à l'esprit, s'il veut éviter certains mécomptes parfois fort désagréables, soit vis-à-vis d'un confrère qu'il pourrait être tenté de taxer d'un diagnostic erroné, soit vis-à-vis de la famille du malade. En effet, il pourrait lui arriver, après avoir constaté la présence d'un polype fibreux de l'utérus, de prendre rendez-vous pour opérer la malade et, au jour déterminé, au moment de procéder à l'ablation de la tumeur, de ne plus trouver trace de celle-ci.

Il faut se rappeler ces considérations toutes les fois qu'il existe des symptômes fonctionnels ou autres, permettant de soupçonner l'existence du polype.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic d'un polype intermittent est souvent difficile. Il arrive en effet bien souvent que l'existence du polype est complètement ignorée ; d'autre part, si on soupçonne son existence, on peut aisément méconnaître qu'il est intermittent. Dans le diagnostic, on devra donc se poser ces deux questions : existe-t-il un polype ? est-il intermittent ?

Parmi les différents symptômes que nous avons énumérés dans un chapitre précédent, il y en a qui sont des signes de probabilité, tels qu'hémorrhagies, douleurs ; d'autres, au contraire, fournis par l'examen direct de la femme et surtout par le toucher (présence du polype au niveau du col) constituent des signes de certitude. Lorsqu'on examine la femme, en dehors de l'apparition, alors que le toucher ne donne que des signes à peu près négatifs, le diagnostic sera difficile, car on n'aura que les signes de probabilité. On pourra alors confondre la maladie avec d'autres affections utérines, telles que la métrite, voire même le cancer de l'utérus. Voyons rapidement le diagnostic différentiel de ces affections.

MÉTRITE. — Les signes communs à la métrite et au polype sont les suivants : métrorrhagie, leucorrhée, aug-

mentation du volume de l'utérus. En l'absence d'autres symptômes, le diagnostic certain serait le plus souvent impossible. Le cathétérisme utérin pourra quelquefois faire reconnaître l'existence d'un polype intra-utérin ne faisant pas encore apparition au niveau du col. En cas de doute, et si l'intervention immédiate était nécessaire, la dilatation du col, si elle était une opération innocente et facile, pourrait trancher la question et permettre d'arriver directement sur le polype.

CANCER. — Le cancer de l'utérus peut commencer soit par le col, soit par le corps. Le diagnostic du cancer du col est rarement confondu avec un polype, car le toucher donne des signes assez caractéristiques pour éviter toute erreur. Mais le cancer du corps est plus difficile à diagnostiquer. Les plus habiles chirurgiens se sont trompés.

M. Thiry nous dit, dans l'observation que nous publions plus haut, qu'un polype fut méconnu pendant deux ans, et qu'en raison des hémorrhagies profuses, la femme étant à la ménopause, on crut tout d'abord à une dégénérescence squirrheuse de l'utérus. Si l'erreur est quelquefois inévitable, surtout au début de l'affection, il y a cependant bien des cas, où le diagnostic peut se faire. Suivant M^{lle} Contzarida (1), il existe un symptôme spécial, qui doit apparaître en premier lieu dans le cancer primitif du corps ; c'est un écoulement séreux, de l'hydrorrhée. Dans le cas de polype, l'écoulement ne serait jamais aussi clair, aussi limpide, et ne serait pas le premier signe appelant l'attention du côté de l'utérus. Si l'on ne se basait que sur ce symptôme, le diagnostic serait souvent incertain. Il faudra prendre en considération l'âge de la

(1) CONTZARIDA. *De l'hydrorrhée et de sa valeur semeiologique dans le cancer de l'utérus* (Thèse Paris, 1884).

malade, ses antécédents héréditaires, savoir si les douleurs ont un caractère lancinant, si elles sont persistantes; enfin la fétidité *sui generis* des liquides, qui sont quelquefois en abondance, pourra aussi nous mettre sur la voie. Si les erreurs sont si fréquentes, cela tient à ce que les hémorrhagies profuses peuvent donner à la malade, un teint jaune, cachectique, et faire croire, au premier abord, à une affection squirrheuse de l'utérus.

Lorsque le toucher permet de sentir le polype au niveau du col, le diagnostic est plus facile; il n'y a que l'inversion utérine qui puisse être confondue avec lui, mais bien des symptômes nous permettent d'éviter l'erreur. Le polype est d'une coloration foncée, insensible au toucher. On peut couper, brûler un corps fibreux quelconque, sans donner lieu à aucune espèce de douleur. Il en est tout autrement de la tumeur formée par l'inversion utérine. En saisissant celle-ci entre les doigts, en serrant fortement, on détermine une souffrance que Denizée compare à celle déterminée par la pression du testicule. Outre ce caractère distinctif entre les deux tumeurs, il faut se rappeler aussi que l'inversion utérine a deux signes qui n'appartiennent qu'à elles. 1° La disparition de la cavité utérine; 2° celle du corps de l'utérus. C'est dans leur constatation que se trouve la clef du diagnostic. En combinant le palper et le toucher, on constate l'absence de l'utérus à l'hypogastre, et en pratiquant le toucher rectal, on rencontre un vide au-dessus du col.

Une fois les affections précédentes exclues, il reste le polype. Si celui-ci est saillant dans le col et si on a tous les symptômes fonctionnels, le diagnostic est certain; mais si l'on n'a que les signes de probabilité d'un polype, bien qu'on n'ait aucun signe des affections précédentes, il

faudra soupçonner un polype à apparition intermittente, surtout quand, au moment où on examine la femme, le toucher ne donne aucun renseignement.

Mais voyons quels sont les signes qui nous permettent de dire que le polype est intermittent.

Ce ne sont que des examens pratiqués à différentes périodes, tantôt au moment de la menstruation, tantôt dans la période intercalaire, qui pourront faire reconnaître cet état. Le toucher pratiqué au moment de la menstruation, a-t-il fait constater la tumeur au niveau du col, l'examen fait, quelques jours après, démontrera un changement complet; la tumeur ne sera plus accessible, le col aura repris sa configuration normale. Au contraire, si au moment de l'examen pendant une période intercalaire, le toucher n'a rien révélé de particulier, en examinant la femme au moment de la menstruation, l'existence du polype intermittent sera rendu certaine. On voit, par conséquent, qu'il est de la plus haute importance pour faire un diagnostic complet d'examiner la femme, tantôt en dehors des règles, tantôt au moment de la menstruation; de cette manière on pourra trouver un polype qui, jusque là, aurait pu passer inaperçu, et d'autre part reconnaître l'intermittence de son apparition. Si l'on ne se place pas dans ces conditions, l'intermittence pourra passer inaperçue et c'est là sans doute la cause du petit nombre d'observations de polypes intermittents qui ont été publiées.

Au point de vue du diagnostic, la notion des polypes intermittents est encore importante pour plusieurs raisons : elle doit rendre très réservé le médecin qui, ayant constaté une fois le néoplasme, serait tenté de croire que le polype a nécessairement disparu en dehors des voies génitales. Ransbothan eut cette idée la première fois qu'il

constata un polype intermittent. Enfin, nous dit M. Lar-
cher, si un confrère avait nettement reconnu l'existence
d'un polype venant faire saillie a travers les lèvres du
museau de tanche, et si un autre médecin, procédant plus
tard à l'examen, ne trouvait pas ce qu'il avait observé,
le second ne devrait pas trop assurément conclure inté-
rieurement à une erreur de la part de son prédécesseur.

Mais quelquefois on peut croire à un polype intermittent,
alors que l'intermittence n'existe pas ; l'examen au
spéculum peut ainsi nous induire en erreur. Chez une
malade observée par le docteur Bennet, entre les lèvres du
col augmenté de volume, se trouvait un petit polype
vasculaire de la grosseur d'une noisette, occupant la
cavité de l'orifice et ne laissant voir que son extrémité
antérieure, quand les valves du spéculum étaient écartées.
Si l'on rapprochait en partie ces mêmes valves, les lèvres
hypertrophiées du col se resserraient de façon à fermer
l'orifice et à cacher le polype. Cette erreur peut arriver à
l'aide du spéculum bivalve ; en approchant et en écartant
alternativement les valves de l'instrument, on peut rendre
béant ou laisser se refermer incomplètement le col utérin
faiblement entr'ouvert.

Pour compléter le diagnostic, il reste alors à éclaircir
les autres caractères du polype ; il faut encore recher-
cher son volume, sa vascularité, l'état de son pédicule,
son siège et ses adhérences. C'est la sonde utérine qui
nous apprendra si la tumeur, qui fait saillie dans l'ou-
verture du col, est, plus haut, complètement adhérente
ou non à la paroi même de l'utérus. C'est la sonde encore
qui, proménée autour d'un corps d'apparence poly-
peuse, saillant à travers le col entr'ouvert, pourra

apprécier la profondeur de la cavité utérine, sa forme, et fournir quelques-uns des renseignements importants à la solution de cette question. S'agit-il là d'un polype ou d'un renversement de l'utérus ?



CHAPITRE VI

Pronostic.

Ce qu'on a dit sur le pronostic des polypes utérins, peut être en grande partie applicable aux polypes intermittents, car l'intermittence n'est qu'une période du polype en général. Comme toujours, il s'agit de tumeurs de bonne nature ; elles n'envahissent pas l'économie, et n'exercent en aucune façon cette influence délétère que d'autres productions morbides font sentir sur tout l'organisme. Les symptômes concomitants, hémorrhagies, leucorrhée, contractions douloureuses, auront le même retentissement sur tout l'organisme. Cependant il existe certaines conditions spéciales, dans le cas d'intermittence, qui doivent entrer en ligne de compte, lorsqu'on étudie le pronostic des polypes intermittents. Un premier point, sur lequel nous avons attiré plus haut l'attention, est la difficulté du diagnostic. Lorsque la tumeur fait saillie dans le canal vaginal, rien de plus facile, en général, que de reconnaître l'affection. Est-elle au contraire renfermée dans la cavité utérine, on est obligé très souvent de réserver son diagnostic. Par conséquent, si on ne fait pas l'examen de la malade, au moment où le polype fait son apparition, l'affection pourra être méconnue, et le traitement mal appliqué.

Lorsqu'on envisage les polypes utérins en général, on remarque que le traitement est plus ou moins favorable, suivant le siège de la tumeur. Celle-ci est-elle bien engagée dans le vagin, l'extirpation sera en général facile, comme nous le verrons plus loin, et les conséquences pour la malade seront presque nulles. S'agit-il au contraire d'un polype intra-utérin, l'intervention immédiate sera plus difficile, et les conséquences plus graves. Si l'on n'intervient pas, si l'on attend que le polype se soit complètement engagé dans le vagin, la femme restera exposée pendant un temps très long aux accidents des tumeurs fibreuses. Entre ces deux situations extrêmes se trouve le polype *intermittent* qui, à certains moments, est intra-utérin, tandis que dans d'autres, il fait en partie saillie dans le vagin. Le pronostic, dans le cas d'intermittence, sera par conséquent moins grave que dans le cas où le polype est intra-utérin non intermittent et moins favorable que dans le cas où le polype est situé d'une façon constante dans le canal vaginal. Cependant nous verrons plus loin qu'on pourra jusqu'à un certain point se rapprocher des conditions des polypes vaginaux, en opérant, s'il y a lieu d'opérer, au moment de l'intermittence. Si on abandonne le polype intermittent à lui-même, le pronostic est moins favorable que pour les autres fibromes intra-utérins, car l'intermittence de l'apparition tient, comme nous l'avons vu, à certaines conditions qui mettent un obstacle plus ou moins long à l'élimination spontanée. Nous avons, en effet, dans la variété de polype que nous étudions le plus souvent affaire à un pédicule épais, charnu, qui se laisse difficilement allongé.

Aussi en présence des hémorrhagies profuses de la malade et des contractions douloureuses, vainement expulsives, se verra-t-on dans la nécessité d'intervenir. Cette

intervention sera d'autant plus indiquée, que d'après nos observations le résultat a toujours été favorable; sur les 14 observations que nous rapportons, il n'y pas eu un seul cas de mort.. Le pronostic des polypes intermittents compliqués de grossesse, doit être considéré comme moins favorable qu'en dehors de la gestation. Ainsi que le démontre, l'observation de M. Larcher, le polype intermittent peut interrompre la grossesse.

On comprend très bien que la tumeur puisse constituer un obstacle à la sortie du fœtus, et déterminer soit pendant la gestation, soit pendant l'accouchement, plusieurs des accidents qui ont été notés dans le cas de tumeurs fibreuses compliquées de grossesse. Nous ne voulons pas insister plus longuement sur ces faits qui ont été si bien décrits dans la thèse d'agrégation de M. Lefour (1880), et dans la thèse inaugurale de Chahbazian (1882), d'autant plus que nous n'avons trouvé qu'une seule observation de polype intermittent compliqué de grossesse.

CHAPITRE VII

Traitement.

Il nous reste maintenant à examiner la conduite à tenir en présence d'un polype utérin à apparition intermittente.

On comprend, à *priori*, que l'ablation du polype qui est l'origine de tous les accidents (hémorrhagies, douleurs), soit le traitement le plus efficace à instituer. Mais faut-il intervenir pendant la période intermittente, ou faut-il attendre que la tumeur ait pris domicile dans le canal vaginal, et n'ait plus de tendance à devenir intra-utérine? Sans doute, dans ce dernier cas, l'opération sera plus facile, mais attendre que le polype soit devenu vaginal, c'est exposer la femme à des hémorrhagies très graves. Aussi, pensons-nous, qu'en présence d'un polype intermittent, il faut agir le plus tôt possible, et l'ablation de la tumeur, c'est-à-dire le traitement chirurgical, est le moyen le plus efficace.

Mais avant d'étudier les différents procédés opératoires qui peuvent être appliqués, nous tenons à dire quelques mots sur le traitement médical qui a été quelquefois employé.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Ce mode d'intervention n'a d'efficacité réelle que contre les symptômes, hémorrhagies

et contractions douloureuses ; quant aux médicaments capables de produire l'expulsion de la tumeur, on n'en connaît aucun qui ait donné des résultats satisfaisants. Le seigle ergoté a été employé contre les polypes dans deux buts ; 1^{er} pour arrêter l'hémorrhagie , 2^e pour dilater le col. Nous reconnaitrons son efficacité à titre hémostatique ; c'est ainsi que pour combattre les pertes profuses, on peut se servir de préparations d'ergot, suivant l'état du tube digestif, soit par voie stomacale, mieux par voie hypodermique ; mais l'ergot a-t-il une action sur la dilatation du col ? Certains chirurgiens l'ont recommandé ; nous l'avons vu essayé par M. le professeur Gross sans qu'il produisit un engagement plus grand de la tumeur. Il est même une de nos observations où l'administration du seigle ergoté, alors que le polype était peu saillant, produisit le resserrement et la rigidité du col, c'est-à-dire des effets contraires à ceux que l'on voulait obtenir. S'il est des observations où dans les autres variétés de fibromes les préparations d'ergot produisirent quelquefois l'élimination du polype, étant donné la minceur et l'allongement du pédicule, il n'en est pas de même dans le cas de polype intermittent, où presque toujours le pédicule est épais, charnu, résistant, ne se laissant point allonger, attaché à l'utérus par une large base d'implantation.

Ainsi l'ergot, dans le cas particulier, ne peut servir que pour combattre les hémorrhagies ; quant aux contractions douloureuses, elle pourront être calmées soit par des injections de morphine, ou des lavements laudanisés.

Reste le traitement chirurgical. Mais à quel moment faut-il intervenir ? Faut-il opérer pendant la période menstruelle, profiter du moment où, le col étant dilaté, la tumeur fait saillie entre les lèvres du museau de tanche,

ou faut-il dilater artificiellement le col ? Les avis sont partagés. M. Duplay recommande d'éviter toute opération de polype de l'utérus comme extrêmement dangereuse, sinon même parfois mortelle pendant l'époque des règles. Il cite, dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'observation d'une femme qu'il opéra pendant la menstruation et qui, malgré la simplicité de l'opération, mourut quelques jours après d'une phlébite utérine. Pour nous, qui avons vu M. le professeur Gross opérer avec plein succès dans la période menstruelle, nous pensons que la menstruation n'est pas une contre-indication absolue de l'opération.

Attendre, en effet, que le polype soit rentré, que l'orifice cervico-utérin se soit refermé sur lui, c'est se créer des difficultés. Mais en raison de l'autorité des chirurgiens qui préfèrent opérer dans la période intermenstruelle, ce procédé mérite d'attirer notre attention et nous allons l'examiner immédiatement.

Pour pouvoir extirper la tumeur en dehors d'une période d'apparition, il faut naturellement s'ouvrir une voie pour arriver jusqu'à elle : il faut *dilater le col*. Les différents procédés employés dans ce but peuvent être divisés en deux classes : 1^o dilatation graduelle ; 2^o dilatation rapide. Dans le premier cas, les cônes d'éponge préparés ont joui d'une grande vogue ; ceux-ci en s'imbibant de liquide, augmentent considérablement de volume et amènent ainsi une dilatation. Les tiges de *laminaria digitata*, la gentiane, ont été employés dans le même but ; mais tous ces procédés de dilatation ont à peu près les mêmes inconvénients. Outre qu'ils déterminent parfois de violentes coliques et, ce qui est plus grave, des hémorrhagies, ainsi que le démontre l'observation de M. le professeur Gross, outre qu'ils exigent pour agir une longue application, ils ont encore été suivis, dans quelques cas,

d'accidents inflammatoires ou septicémiques. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'on agit le plus souvent sur un organe malade, sécrétant des liquides virulents, sanieux, que la dilatation fera séjourner dans l'utérus. Tous ces procédés ont en outre le grand inconvénient de contusionner le col, et de pouvoir, par suite, occasionner une angioleucite ou une phlébite dont la terminaison est fréquemment mortelle. Huguier et d'autres médecins encore ont éprouvé ainsi des mécomptes qu'ils révélèrent au public.

Pour la dilatation rapide, on a employé différents instruments appelés dilateurs, mais ce procédé est aussi dangereux que le précédent, car il peut causer une métrite traumatique, des déchirures du col, et il peut en résulter une pelvi-péritonite très souvent mortelle. D'ailleurs, avec tous ces procédés, on ne sait jamais avec quelle force exacte on agit, et on ne connaît pas non plus la résistance qu'oppose le tissu du col.

L'incision du col a été conseillée par Dupuytren et Velpeau. Elle consiste dans des débridements simples ou multiples, superficiels, que l'on pratique sur les deux côtés ou sur l'un des côtés du col de dehors en dedans (Dupuytren), ou de dedans en dehors (Velpéau). Le débridement est certainement un des meilleurs procédés, car il a l'avantage d'être moins long et moins douloureux que les procédés de dilatation. Il peut être pratiqué, soit pour faciliter la descente du polype, soit pour l'extraire. Ce débridement ne se fait pas seulement avec le bistouri ou les ciseaux. M. Verneuil recommande surtout le thermocautère, qui n'occasionnerait pas d'hémorrhagie ni d'état inflammatoire.

Une fois la voie ouverte par l'un ou l'autre de ces procédés, les difficultés ne sont cependant pas aplanies. En

effet, quand le polype est intra-utérin, son extirpation est bien difficile. Il peut être situé très haut, et vu la diminution de son volume pendant une période intercalaire, les instruments auront de la peine à l'atteindre. C'est pourquoi, il peut y avoir avantage à instituer le traitement chirurgical pendant les menstrues. Il faut intervenir dès qu'on a constaté la saillie du polype dans le col, sous peine, en laissant s'écouler un intervalle de temps, de ne plus trouver la moindre trace de la tumeur. L'observation de M. le professeur Gross démontre les inconvénients du retard. Malgré tous les moyens employés, il a fallu en arriver à opérer pendant la menstruation.

Mais à quel procédé opératoire doit-on avoir recours ? Si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que toutes les méthodes opératoires applicables aux polypes en général, ont été employées dans le cas de polype intermittent. La plupart des chirurgiens ont recours aux différents procédés de la diérèse non sanglante, le plus petit nombre d'entre eux à la diérèse sanglante.

Quelle que soit la méthode opératoire que l'on choisisse, les préliminaires de l'opération sont les mêmes. La femme doit être sur le bord du lit, renversée sur le dos, et de telle sorte que son siège dépasse légèrement le bord du lit; les membres inférieurs sont bien écartés l'un de l'autre, les jambes fléchies sur les cuisses, soutenues chacune par un aide. Le chirurgien ayant son doigt dans le col, conduit sur ce doigt une érigne ou des pinces de Museux avec lesquelles il accroche la tumeur, puis il les confie à un aide. L'opération comprend donc comme premier temps : la préhension du polype, le second sera l'extraction.

Nous n'insisterons pas sur la ligature qui, de nos jours, est complètement abandonnée. Outre le grand inconvé-

nient qu'elle a de maintenir pendant longtemps dans les organes génitaux une masse putréfiée, dont les débris résorbés sont une source d'accidents septiques, elle peut aussi produire la constriction de la paroi utérine résultant de l'application du lien au dessus de l'implantation du polype. Cet accident est surtout à craindre dans le cas de polype intermittent, alors que la plupart du temps le pédicule est court, adhérent par une large base au tissu utérin.

Le procédé de torsion n'est guère plus avantageux que la ligature du pédicule. Bien que M. Demarquay l'ait employé avec succès dans un cas de polype intermittent alors que le pédicule était allongé, il doit être laissé complètement de côté à cause des tiraillements qu'il peut amener du côté de l'utérus. On risque en effet de faire porter l'effort de torsion sur la paroi même de la matrice et de provoquer, par suite, des déchirures et des ruptures de cette paroi. Ces accidents pourraient très bien arriver surtout dans le cas de polype intermittent, étant données la solidité et la brièveté du pédicule.

Ces deux procédés sont maintenant complètement abandonnés ; de nos jours, on emploie beaucoup l'*excision*, qui est une méthode très simple et très rapide. Mais n'expose-t-elle pas à des hémorrhagies ? Bien que les vaisseaux renfermés dans le pédicule soient généralement très grêles, on en a observé plusieurs exemples (Velpeau). Deux fois, Dupuytren fut obligé de recourir au tamponnement. Cette excision ou section du pédicule se pratique, la tumeur étant saisie avec une pince de Museux, soit à l'aide d'un long bistouri droit ou courbe, soit avec des ciseaux courbes et longs à branches coudées (ciseaux de Sims). Gosselin recommande surtout la section du pédicule à l'aide de ciseaux. Cette section, dans le cas de polypes

intermittents, est souvent dangereuse, car ceux-ci sont fréquemment attachés aux parois utérines par une assez large base d'implantation ; ils sont quelquefois très vasculaires et peuvent contenir de gros vaisseaux dans leur pédicule ; de plus, celui-ci est généralement élevé et court, et l'instrument aura de la peine à l'atteindre. C'est pour parer aux inconvénients de l'hémorrhagie que bien des chirurgiens préfèrent pratiquer la section du pédicule à l'aide de l'écraseur de Chassaignac, du serre-nœud de Maisonneuve ou de l'anse galvanocautique. Nous n'entrerons pas dans les détails du manuel opératoire qui est d'ailleurs tracé dans nos observations, notre but étant surtout de montrer les avantages et les inconvénients de chacun de ces instruments.

L'écraseur de Chassaignac a l'avantage de mettre à l'abri de l'hémorrhagie, mais il a le tort, nous dit Gueniot, de n'effectuer la section des tumeurs en général qu'en attirant à lui les tissus circonvoisins, de présenter une direction vicieuse de sa chaîne. Lorsqu'on fait fonctionner l'instrument, la chaîne qui embrasse la tumeur se resserre de plus en plus de la périphérie au centre, et, pour peu qu'on rase d'un peu trop près le point d'implantation du pédicule, elle attire les parois de l'utérus et peut saisir d'une façon fâcheuse une partie plus ou moins étendue de l'organe.

On risque alors d'englober dans l'anse de l'instrument le fond même de l'utérus, d'en amener la perforation de voir les instruments, sortir par le fond de la plaie. C'est ainsi que M. Tillaux a perforé la matrice. On peut aussi lire, nous dit M. Stoltz (1) « dans les *Bei'rage zur Geburts-*

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1875.

« *kunde Gynecolie de Scanzoni* (t. III, 1858), une obser-
« vation de Breslau qui, en amputant le col de l'utérus
« dégénéré avec l'écraseur, a arraché une portion du
« vagin et ouvert le péritoine entre la vessie et la matrice.
« Nous avons vu un de nos plus habiles chirurgiens,
« continue le même auteur, en voulant enlever avec l'écraseur,
« de crainte d'hémorrhagie, une tumeur de mauvaise nature
« faisant saillie dans le vagin, et paraissant s'être développée
« dans la paroi latérale de ce canal, perforer le cul de sac postérieur
« au point qu'une anse intestinale s'en est échappée ». Ces accidents
« sont à craindre dans le cas de polype intermittent, étant donné
« que ces polypes sont la plupart du temps sessiles. Il se peut
« que pendant l'extirpation de ces fibromes avec l'écraseur,
« on produise une déchirure de l'utérus, qu'on pénètre dans
« l'abdomen et qu'il arrive par suite une péritonite mortelle.
« Pour faciliter le passage de la chaîne au-dessus du polype
« sur le pédicule, Pozzi s'est servi d'un artifice dont on pourra
« user avec avantage.

Il attache la chaîne d'écraseur à un de ces petits cercles élastiques que l'on trouve chez tous les papetiers. Ce cercle doit être d'un diamètre plus petit que la tumeur de manière à ce que son élasticité soit mise en jeu pour l'embrasser. Une chaîne d'écraseur forme une série de festons autour de la bande élastique au repos, mais ces festons disparaissent quand celle-ci est distendue. On comprend qu'il soit facile de faire glisser de proche en proche la chaîne reliée à ce support qui prend un point d'appui constant sur la tumeur et surmonte tour à tour ses sinuosités, sans risquer, comme quand la chaîne est libre, de reculer dans un point, tandis qu'on la fait avancer sur un autre.

Le *serre-nœud de Maisonneuve* avec anse métallique,

plus souple et plus maniable, n'a pas la même solidité que la chaîne de Chassaignac. Il n'est pas rare de le voir se rompre au milieu d'une opération, pour peu que le pédicule soit gros et résistant. Cet accident est arrivé à Fabri (1) dans un cas de polype intermittent. En outre, ce procédé expose davantage aux hémorrhagies, puisqu'il coupe les tissus, au lieu de les mâchonner, comme le fait l'écraseur.

La plus grande difficulté dans l'application du serre-nœud de Maisonneuve, comme d'ailleurs dans tous les procédés de section du pédicule, consiste dans l'application de l'anse qui doit enserrer ce pédicule en passant entre la tumeur et la paroi utérine. A ce moment de l'opération, on se trouve entre deux écueils également importants à éviter : aller assez loin pour ne pas tomber au milieu de la tumeur, ne pas aller trop loin pour ne pas léser la paroi utérine.

L'*anse galvanocaustique*, introduite dans la chirurgie par Middeldorf, est aussi un procédé qui a été employé dans le cas de polype intermittent. Nous lisons dans la bibliographie sur le mot utérus du nouveau dictionnaire de Jaccoud que cet instrument a été employé avec succès en Espagne par Mucci. Fabri, professeur à Modène, s'est servi également de ce procédé pour extirper un polype intermittent.

Cet instrument n'est pas sans offrir quelques dangers.

M. Gallard nous dit avoir vu plusieurs fois des accidents graves survenir plusieurs jours après une opération ainsi pratiquée et quoiqu'il n'y eût ni péritonite, ni même métrite aiguë, il se peut que les accidents puissent être attribués à l'action de l'anse galvanique exerçant

(1) *Annales de Gynécologie*, 1884.

dans l'intérieur de la cavité utérine un rayonnement dont l'influence caustique a pu se propager bien au delà du point directement touché par cette anse. Sans doute, par l'emploi de cet instrument, les hémorrhagies ne sont pas à craindre. On peut couper facilement des parties profondes, très souvent inaccessibles aux autres instruments, mais l'anse galvanocaustique, outre l'inconvénient que nous venons de signaler, a encore, nous dit M. Verneuil, le désavantage d'être d'un prix très coûteux.

M. le professeur Gross a employé dernièrement avec succès dans sa clinique chirurgicale, l'*énucléation* comme traitement des polypes intermittents. Ce procédé a été pratiqué pour la première fois en 1840 par Amussat pour l'extirpation des tumeurs interstitielles.

Plus tard, Jarjavey, Verneuil, et Guyon pratiquèrent la même opération. Cette énucléation est rationnelle et possible, puisque la tumeur est entourée d'une capsule et a des adhérences ordinairement lâches; elle peut se faire de deux manières : dans la première, la tumeur est immédiatement et complètement détachée avec les doigts de l'opérateur, dans la seconde, on détache graduellement et partiellement la tumeur avec les doigts, puis on excite les contractions de l'utérus pour en provoquer l'expulsion. A cet effet, après avoir pratiqué la dilatation du col, le chirurgien fait une double incision cruciale sur la partie de la tumeur qui se présente; il écarte les lèvres de la capsule avec les doigts de manière à produire un commencement d'énucléation. La malade est alors soumise à un traitement interne, et prend des doses plus ou moins élevées d'ergotine dans le but de provoquer les contractions de l'utérus et par suite l'expulsion de la tumeur.

M. le professeur Gross a employé le premier procédé bien préférable et bien moins dangereux que le second.

La malade, après avoir été placée dans la position pelvi-dorsale, les cuisses écartées, fut soumise au chloroforme. Un spéculum de Sims fut introduit dans le vagin. La paroi vaginale postérieure étant fortement déprimée avec cet instrument, un aide relève avec le doigt indicateur de la main gauche de bas en haut la paroi antérieure, tandis qu'avec la main droite placée sur l'hypogastre, il refoule l'utérus vers le vagin. La tumeur est d'abord saisie avec une pince de Museux et attirée légèrement en bas. Le col offrant une grande résistance à la descente du polype est débridé par deux coups de ciseaux à droite et à gauche. Puis M. Gross introduit l'indicateur gauche le long du polype aussi haut que possible dans la cavité utérine. Le point d'implantation paraissant être directement vers en haut, M. Gross introduit le long du doigt l'extrémité d'une paire de ciseaux courbes de Sims, et celle-ci étant tournée vers le centre de la cavité utérine, il incise la capsule du polype aussi haut que possible. Les ciseaux sont ensuite retirés, et l'énucléation de la tumeur se pratique avec facilité et rapidité. Le polype détaché, est retiré grâce à la pince qui s'y trouve implantée.

L'opération est des plus faciles ; dans le courant de l'année, M. le professeur Gross eut occasion de la pratiquer deux autres fois encore, et toujours avec succès.

L'opération terminée chez notre malade, on pratique une injection intra-utérine avec une solution boriquée 20/1000 tiède. Un tampon de gaze iodoformée est introduit dans le vagin et la malade reportée dans son lit. Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible. Pas de fièvre. Léger écoulement sanguinolent pendant quatre à cinq jours. Pas le moindre écoulement hémorrhagique. Pas de douleur. Le huitième jour, l'opérée se lève. Le dixième, elle rentre chez elle. Elle a fait savoir

depuis que son état était des plus satisfaisants et que les forces reviennent de jour en jour.

On a reproché au procédé d'énucléation d'exposer le tissu utérin à être lésé, étant donné que les myomes se continuent souvent par une grande étendue de leur surface avec le tissu de l'utérus. Dans ces conditions, disent les adversaires de l'énucléation, le chirurgien qui veut poursuivre avec toutes les résistances, l'énucléation commencée, erre au hasard dans le tissu de l'utérus, et s'expose à emporter sur une étendue plus ou moins grande toute l'épaisseur de la paroi de l'organe. Ces accidents sont-ils à craindre dans le cas de polype intermittent, faisant saillie dans le col, permettant au doigt et aux instruments d'arriver jusqu'à lui ? Si nous nous reportons à l'anatomie pathologique, nous voyons que dans le cas de polype intermittent le pédicule est très large et très court, ce qui prouve que la tumeur est bien dégagée de la paroi utérine, qu'elle ne fait plus corps avec elle, qu'il n'y a pas à craindre qu'elle se prolonge jusqu'à la surface péritonéale. D'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, la sonde utérine peut nous guider et nous montrer que la tumeur est libre d'adhérences.

On a dit aussi que l'énucléation exposait à l'hémorrhagie, mais dans les trois opérations que M. le professeur Gross a pratiquées, cet accident n'est pas survenu. Non seulement, la perte de sang a été presque nulle, mais bien plus, dans la première observation, l'hémorrhagie qui existait avant l'opération, et au moment où celle-ci fut pratiquée, s'est arrêtée après.

Avec les précautions antiseptiques aujourd'hui indispensables, les suites de l'opération sont toujours bénignes. Les malades, au bout de quelques semaines, ont pu vaquer à leurs travaux.

Ainsi l'énucléation peut être employée dans le cas de polype intermittent. Les autres procédés, tels qu'excision, écrasement, outre les inconvénients que nous avons signalés, nécessitent un engagement profond de la tumeur. Attendre que ce phénomène se soit produit dans le cas de polype intermittent, c'est exposer la femme à des hémorrhagies et à des souffrances. Le polype à apparition intermittente met en effet longtemps à sortir ; il vaut donc mieux opérer de bonne heure, et dans ces conditions le procédé d'énucléation doit être employé.

L'énucléation faite, s'il y avait par hasard un peu d'hémorrhagie, celle-ci céderait soit à des injections astringentes, soit à l'emploi de préparations d'ergotine et de perchlorure de fer. Cet accident n'est généralement pas à redouter et toute la thérapeutique se bornera à prescrire le repos le plus absolu pour éviter les ballottements de l'utérus, puis maintenir la malade au lit dans la position horizontale qui donne le moins de risque à courir en fait de métrite ou d'hémorrhagie. La malade demeurera ainsi couchée pendant huit jours.

Mais le chirurgien n'oubliera pas de prendre toutes les mesures possibles d'antisepsie pendant et après l'opération. Aussitôt le polype extrait, il sera bon de placer dans le vagin un tampon de gaziodoformé, ainsi que l'a fait M. le professeur Gross, ou de recourir à quelques injections. On pourrait ainsi employer soit des injections boriquée 1/50, soit une solution de chloral 1/100 ou une solution de sublimé.

En joignant à cela un traitement interne destiné à relever les forces d'une malade épuisée, et à combattre l'anémie, on verra le plus souvent ses efforts couronnés de succès. Le chirurgien ne doit pourtant pas oublier que l'utérus est le plus délicat et le plus capricieux des orga-

nes. Chez certaines femmes, il subit des traumatismes répétés, épouvantables, sans presque réagir. Chez d'autres, le simple toucher, l'excision d'un petit polype, produisent ces terribles phénomènes qui commencent à la métrite et finissent par la péritonite aiguë. Il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de ces éventualités malheureuses.



CONCLUSIONS

I. Il est des polypes fibreux intra-utérins à apparition intermittente, dits *polypes intermittents*.

II. Les apparitions coïncident avec les règles ou les métrorhagies, et les occultations avec les périodes intercalaires.

III. L'accroissement de volume déterminé par la congestion utérine cataméniale ou autre, et la contraction utérine rendent compte du mécanisme des apparitions intermittentes.

Si tous les polypes ne sont pas intermittents, cela tient d'une part à leur point d'implantation, à la nature du pédicule ; d'autre part à l'état de l'utérus, notamment de la portion cervicale.

IV. Il est probable que les observations de polypes intermittents seraient plus nombreuses, si l'examen par le toucher était pratiqué en temps opportun.

Les intermittences dans l'apparition des polypes passent souvent inaperçues. De là les difficultés du diagnostic.

V. L'intermittence des apparitions n'a d'autre influence sur le pronostic que celle que résulte du retard qu'elle peut occasionner dans le diagnostic, ou des interventions qu'elle nécessite parfois pour hâter la descente du polype.

VI. Les procédés de dilatation, parfois recommandés pour faciliter la descente du polype dans le vagin, peuvent amener des inconvénients.

VII. L'ablation peut être pratiquée dès que le polype est apparent, même pendant la période menstruelle.

VIII. La méthode d'énucléation semble mériter la préférence.

IX. Les risques consécutifs à cette opération sont minimes.

Vu :

Le Président de la thèse,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 3 août 1885.

Le Recteur,
M. MOURIN.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION	1
OBSERVATIONS.	3
CHAPITRE I. — Historique.	20
CHAPITRE II. — Notions générales sur les polypes utérins.	23
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	28
CHAPITRE IV. — Mécanisme de l'intermittence.	33
CHAPITRE V. — Diagnostic.	39
CHAPITRE VI. — Pronostic. ,	45
CHAPITRE VII. — Traitement.	48
CONCLUSIONS.	62
